

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 者 欄	1	被保険者証の記号および番号	0	-	00000
	2	被保険者の生年月日	1975	年	8 月 1 日
	3	被保険者の氏名	(フリガナ) シンデン (氏) 新電	(名) タロウ 太郎	
	4	被保険者の住所	郵便番号 (357 × ×) 埼玉県 飯能市 〇〇市 × × 町 〇 - × - 〇	自宅電話 042 (972) × × × × 携帯電話 080 (111) × × × ×	

下記の事由に該当するため、次のとおり申し出ます。

	資格喪失年月日	平成 令和	年 3	月 1	日 0 0 1	※再就職先での資格取得日 が喪失日になります
5	資格喪失の事由 ア、イのいずれかに『○』で囲み、 必要事項を記載してください	ア 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため (1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者記号番号 (記号 35 番号 × × × × ×) (2)再就職先の名称および所在地 名称 (健康 × × 株式会社) 所在地 (埼玉県 × × 市 × × 町 × - × ×) (3)資格取得年月日 (平成 令和 3 年 10 月 1 日)				
		イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (1)後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 番号 () (2)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 (後期高齢者医療広域連合) (3)資格取得年月日 (平成 令和 年 月 日)				
6	摘要欄					

【この申出書に添付して提出するもの】

- 上記アの場合：再就職で新たに取得した保険証のコピー（被保険者本人分のみ）
上記イの場合：後期高齢者医療制度の保険証のコピー（被保険者本人分のみ）
 - 被保険者および被扶養者の方に交付されている全員の保険証（新電元工業健康保険組合のもの）
- ※高齢受給者証、限度額適用認定証の交付を受けている方は、併せて添付して下さい。

7	社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日印